

Отчет о работе 4-го Международного конгресса по спорным вопросам в урологии

С 28 по 31 января 2011 г. в Париже (Франция) проходил 4-й конгресс по спорным вопросам в урологии. Программа конгресса включала наиболее актуальные и спорные вопросы диагностики и лечения онкоурологических заболеваний. По основным онкоурологическим направлениям (рак предстательной железы — РПЖ, рак мочевого пузыря — РМП, рак почки — РП) участникам конгресса были предложены доклады и сообщения, а также дискуссии и круглые столы с представителями ведущих мировых школ. Были подведены итоги на основании научных работ и докладов, сделанных в 2010 г.

Заседание началось с лекции проф. N. Fleshner (Канада) «Биопсия предстательной железы: последние рекомендации». Выполнение биопсии предстательной железы (ПЖ) показано в случае повышения уровня простатспецифического антигена (ПСА), при первичных подозрительных патологических состояниях HGPIN ASAP, а также при активном наблюдении, как метод контроля за патологическим состоянием. Стандартная 6-точечная биопсия ПЖ выявляет опухолевые клетки, по данным разных источников, в 20–30 % случаев. На сегодняшний день оптимальным считается выполнение 10-точечной биопсии, с помощью которой обнаруживают до 98,6 % опухолей (Core et al., Baylor J Urol 2001). До сих пор остается спорным вопрос о том, что необходимо делать при отрицательной биопсии ПЖ в случае повышения концентрации ПСА. Рассматриваются следующие варианты: эмпирическая антибактериальная терапия с последующим контролем уровня ПСА, повторная биопсия, сатурационная биопсия, использование дополнительных маркеров, таких как ПСА3, Про-ПСА и МРТ. Доктор A. De La Taille (Франция) рассказал, каково состояние дополнительных тканевых маркеров РПЖ. Было выделено несколько маркеров, один из которых ПСА3, определяемый в моче после массажа ПЖ. Данный маркер не коррелирует с объемом ПЖ и не изменяется при воспалительных процессах в ПЖ. Проводится ряд исследований, где ПСА3 исследуется у пациентов до первичной или повторной биопсии ПЖ, а также у пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ). Приведено многоцентровое исследование (De La Taille), включавшее 516 пациентов. На основании полученных данных сделаны выводы: пациенты с повышением уровня ПСА3 > 35 являются кандидатами для первичной биопсии ПЖ. А если уровень ПСА у этих пациентов колеблется в пределах от 2 до 10 нг/мл, то риск выявления РПЖ составляет

больше 74 % (Haese Eur Urol 2008). Доктор Plossard включил в свое исследование 106 пациентов с низким риском развития и прогрессирования РПЖ (значение ПСА < 10 нг/мл, клиническая стадия T1c–T2a, по данным биопсии степень злокачественности по шкале Глисона — 6). Значение ПСА3 строго коррелировало с объемом опухоли, и риск развития и прогрессирования РПЖ в 3 раза был выше в группе пациентов с уровнем ПСА3 > 25 по сравнению с группой больных, у которых отмечалось значение ПСА3 < 25.

Активно обсуждается и клиническая значимость маркера РПЖ Про-ПСА (p2PSA) — изоформа свободного ПСА. Jansen (Eur Urol 2010) сравнил данные 405 пациентов, включенных в исследование ERSPC (Европейское рандомизированное исследование скрининга РПЖ), и 305 пациентов (из г. Инсбурга), у которых уровень ПСА колебался в диапазоне от 2 до 10 нг/мл. Уровни p2PSA значительно отличались у мужчин с наличием РПЖ и без этого заболевания. Однако для достоверности и определения чувствительности и специфичности этого и других маркеров РПЖ необходимы дальнейшие исследования.

Лечение и контроль за лечением РМП остаются по-прежнему актуальными и спорными вопросами. В испанском многоцентровом исследовании была отмечена интересная закономерность при сравнении 2 групп пациентов — 884 пациента с впервые выявленным РМП и 996 пациентов, включенных в группу контроля, с периодом наблюдения с 1998 по 2001 г. Было выявлено, что одно- или двукратное ночное мочеиспускание ассоциируется со снижением риска развития РМП на 40–59 % по сравнению с группой пациентов, не имеющих ночного мочеиспускания ($p = 0,0003$ для мужчин и $p = 0,07$ для женщин). А водная нагрузка более 1,4 л в сутки ассоциировалась со снижением риска развития РМП до 80 % по сравнению с пациентами, у которых суточное потребление жидкости было меньше. Таким образом, можно сделать вывод: длительное время контакта мочи с уротелием увеличивает риск развития РМП.

Также был озвучен доклад, посвященный поверхностному РМП: трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря в комбинации с пред- и послеоперационным введением митомицина С (ММС). В проспективное исследование были включены 352 пациента, рандомизированно распределенных на 3 группы: пациенты, которым проводилась только ТУР мочевого пузыря, больные с ТУР мочевого пузыря и немедленным внутривезикулярным введением ММС после ТУР

и пациенты, которым перед ТУР мочевого пузыря проводилась инстилляция с электрофорезом ММС. В промежуточной группе риска процент рецидивов составил 62,7; 59,7 и 35,6% соответственно. В группе высокого риска этот показатель равнялся 84,4; 75,0 и 56,9% соответственно ($p \leq 0,01$). Медиана наблюдения безрецидивной выживаемости в группах составила 12,9; 16,4 и 56,9 мес соответственно. Таким образом, показано значительное преимущество предоперационного введения ММС перед другими видами профилактики рецидивов РМП. Проф. U. Studer (Германия) продемонстрировал технику нервосберегающей цистэктомии у женщин и технику цистпростатэктомии с сохранением семенных пузырьков у мужчин.

Наиболее обсуждаемые темы, посвященные РП, это возможность выполнения органосохраняющего лечения, отдаленные результаты такого лечения и поиск факторов риска развития местного рецидива и прогрессирования заболевания. Ретроспективный анализ включал данные 2327 пациентов, которым была выполнена радикальная нефрэктомия или резекция почки (у 177 пациентов зарегистрирован рецидив, из них у 7,9% — местный рецидив и 92,1% имели отдаленные метастазы). При анализе всех данных были сделаны выводы, что рецидив чаще развивался у мужчин, а также при стадиях Т3—4 и степени злокачественности по Фурману 4. Тип операции, статус хирургического края

и гистологический подтип строения опухоли не влияли на время развития рецидива. В ходе проведенного в одном центре проспективного исследования изучали факторы риска развития рецидива после резекции почки. Были включены 188 пациента, которым проводили органосохраняющее лечение по поводу почечно-клеточного рака. Период наблюдения составил 74,2 мес, риск рецидива составил 9,5%. Факторами риска развития рецидива являлись степень злокачественности по Фурману: при I—II степени риск рецидива достигал 5,9%, при III—IV степени составлял 23,3%, при обязательных показаниях к выполнению органосохраняющего лечения (например, при единственной почке) риск рецидива был выше (19,5%) по сравнению с электроактивными показаниями (6,3%).

На конгрессе были представлены видеоматериалы, демонстрирующие инновационные и модернизированные хирургические вмешательства, большое внимание уделено роботической хирургии. Проведены круглые столы по основным спорным вопросам в урологии и онкоурологии. Безусловно, на часть вопросов были получены долгожданные ответы, но в целом вопросов остается еще не мало, и дискуссии по ним продолжаются как в клинических отделениях, так и в научных кругах.

А.В. Климов

Отчет о 26-м ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов

С 18 по 22 марта 2011 г. в Вене (Австрия) состоялся 26-й ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов (ЕАУ). В течение 5 дней участники конгресса были погружены в удивительно увлекательную научную программу, посвященную вопросам как общей урологии, так и онкоурологической направленности.

Обращает на себя внимание большое количество представленных работ, посвященных поиску новых биомаркеров для улучшения диагностики и прогнозирования течения рака предстательной железы (РПЖ) и мочевого пузыря. Однако, несмотря на увеличивающееся с каждым годом число исследований, по результатам которых в литературе появляются описания все новых потенциальных биомаркеров рака, внедрение последних в клиническую практику весьма ограничено. Происходит это по разным при-

чинам, в основном это связано с тем, что анализ биомаркеров не стандартизирован и большинство найденных биомаркеров, статистически подтвердивших свою достоверность в одном клиническом центре, при использовании в других лабораториях не обладают необходимой достоверностью. Потенциальный опухолевый биомаркер согласно мнению проф. Shariat должен обладать следующими характеристиками: неинвазивный способ получения материала для анализа, быстрый и простой способ анализа и интерпретации, сочетающихся с высокой чувствительностью и специфичностью.

Доклад S. Joniau был посвящен целесообразности расширенной тазовой лимфаденэктомии (ЛАЭ) при РПЖ. Докладчик отметил, что в группе низкого риска (сT1c—2a, индекс Глисона ≤ 6 , уровень

ПСА < 10 нг/мл) выполнением ЛАЭ при простатэктомии можно пренебречь. Если же выполнение ЛАЭ предполагается, то следует выполнять расширенную тазовую ЛАЭ, поскольку таким образом обеспечивается более детальное стадирование (а значит, и возможность выявить пациентов для адъювантного лечения), тазовая ЛАЭ имеет лечебный эффект у пациентов с ограниченным количеством положительных лимфатических узлов (ЛУ) (< 2), служит прогностическим признаком (при пораженных ЛУ > 2 опухолевоспецифическая выживаемость значительно ниже).

Большое внимание на прошедшем конгрессе было уделено новейшим техническим разработкам, а именно внедрению 3D-видео практически во все эндоурологические манипуляции. Были представлены трансуретральные резекции (ТУР) мочевого пузыря в 3D, робот-ассистированные простатэктомии. Новый метод позволяет более детально оценивать операционное поле, обеспечивая комфорт в работе хирургу и функциональные преимущества пациенту.

В докладе Dr. Naberg было показано, что выполнение робот-ассистированной резекции почки при опухолях размером > 4 см (стадия T1b) эффективно и безопасно, при этом отдаленные результаты сравнимы с таковыми при операциях у пациентов со стадией T1a. Конечно при таких операциях требуется большее время (194 мин против 180 мин, $p = 0,017$), больше время тепловой ишемии (24 мин против 17 мин, $p < 0,001$), немного больше кровопотеря (200 мл против 150 мл, $p < 0,001$), и в большем проценте случаев потребовалось восстановление собирательной системы почки (72,2% против 51,6%). В ближайшем будущем авторы планируют проведение проспективного рандомизированного исследования с целью сравнения представленной ими техники с «золотым стандартом» — открытой резекцией почки.

В эру бурного развития таргетной лекарственной терапии осталось ли место для иммунотерапии при почечно-клеточном раке (ПКР)? Именно этой теме был посвящен доклад проф. В. Escudier (Франция).

По мнению докладчика, химиоиммунотерапия (комбинация интерлейкин-2 + интерферон + 5-фторурацил), считавшаяся стандартом в Европе в течение многих лет, более не должна рассматриваться в качестве выбора лечения. Как известно, эффективность цитокинов не превышает 15%, в связи с этим, утверждает докладчик, требуется разработка маркеров, с помощью которых можно будет выделить ту категорию пациентов, которые смогут получить максимальный эффект от цитокиновой иммунотерапии. Начинается период иммунотаргетной терапии, с применением антител к определенным звеньям развития опухолевой клетки (например, ипилимумаб, доказавший свою эффективность при меланоме, оказался эффективным и при ПКР), однако не до конца решенным остался вопрос применения противоопухолевых вакцин.

Одним из последних был прочитан доклад проф. А. Heidenreich (Германия), посвященный паллиативной помощи при распространенном онкологическом поражении органов мочеполовой системы. Проф. Heidenreich еще раз напомнил, что при лечении пациентов аналогичной категории нужно стремиться к достижению следующих целей: продление жизни, по возможности замедление прогрессирования и, наверное самое главное для пациента в данной ситуации, улучшение качества жизни (а в некоторых случаях «качества умирания»). В данной лекции был продемонстрирован мультимодальный подход (лучевое, лекарственное, хирургическое лечение), позволяющий реализовать указанные выше задачи.

В целом 26-й конгресс ЕАУ прошел в оживленной и дружеской атмосфере, его научная программа была интересной и актуальной. Мы попытались сделать акцент на основных моментах конгресса и отразили лишь малую часть того, о чем хотелось рассказать. Добавим, что на официальном сайте конгресса доступны интернет-трансляции большинства выступлений, и все желающие могут окунуться в эту атмосферу, почувствовав себя участниками конгресса.

В.А. Черняев